

Reseña Histórica:

La evolución socioeconómica del cantón de Talamanca, situado al sureste de la provincia de Limón, ha sido muy dinámica y heterogénea en las últimas tres décadas; esto después de la división distrital del cantón.

Alrededor de este periodo, se producen en dicho territorio una serie de cambios que motivan la presente solicitud. Podemos citar, la desaparición de la principal y única actividad agroeconómica: la actividad cacaotera ancestral, la apertura y mejora de las vías terrestres de comunicación, consecuentemente el "reconocimiento" de los valores culturales así como las bellezas y riquezas naturales, tanto por extranjeros como por nacionales; el inicio y evolución de la actividad ecoturística de la cual depende un alto porcentaje de su población.

Estas tres décadas se han caracterizado por múltiples cambios y actividades: construcción de puentes, servicios eléctricos, telefonía básica y celular, suministro de agua potable, desarrollo de empresas ecoturísticas, aumento de la población así como aumento de la afluencia de turistas.

La actual división territorial del cantón no permite responder a las necesidades de la comunidad, puesto que el Caribe Sur se encuentra fragmentado en dos divisiones distritales, pertenecientes a alejados centros administrativos Cahuita y Sixaola, los cuales poseen características propias y diferentes entre sí.

El territorio propuesto como una nueva unidad territorial distrital, tiene una conformación de planicie costera que se eleva hacia el sur en áreas boscosas que la separan naturalmente de las tierras bajas del interior. Se trata de una identidad natural diferente a la de Sixaola que se caracteriza por planicies aluviales, preferentemente utilizadas para la actividad bananera y ganadera.

Aislado por más de un siglo, comunicado con el resto del país hace escasos 20 años y prácticamente desconocido por la gran mayoría de la población costarricense hasta hace sólo una década, el Caribe Sur constituye una de las zonas protegidas cultural, étnica y naturalmente más ricas y bellas del país.

Aunque como es sabido, no se dispone de datos concretos recientes de población, la Dirección General de Estadística y Censos indica para el 1 de enero de 1997 una población total para el cantón, de 19.301 habitantes. Esta población es distribuida por la misma fuente en 9.198 habitantes para el distrito I Bratsi; 6.162 habitantes para el distrito II Sixaola y 3.941 habitantes para el distrito III Cahuita.

De esta manera, la zona propuesta para el nuevo distrito, tendría un estimado bastante seguro de unos 2.500 habitantes, en un territorio de 90 Km²; los cuales cumplen y superan el mínimo establecido por la ley tanto para el distrito propuesto, como para los distritos de los cuales se desmembraría: Cahuita y Sixaola.

Dada la necesidad de actualizar la división territorial administrativa del cantón de Talamanca, por su desarrollo político, poblacional, económico y social, y por el deseo manifiesto de los habitantes de dicha zona, someto a consideración de los señores diputados el siguiente proyecto de ley.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA
DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, DECRETA:
CREACIÓN DEL DISTRITO IV DE TALAMANCA
DENOMINADO DISTRITO OLD HARBOR

Artículo 1°—**Creación.** Créase el distrito Old Harbor, como distrito IV del cantón de Talamanca.

Artículo 2°—**Límites.** La Comisión Nacional de División Territorial Administrativa establecerá los límites del distrito que mediante esta Ley se crea.

Artículo 3°—**Poblaciones.** La cabecera del distrito será Puerto Viejo, y contará con los siguientes caseríos: Cocles, Cubali Town, Hotel Creek, Manzanillo, Playa Chiquita, Playa Negra, Punta Mona, Punta Uva, Surf Point.

Artículo 4°—**Interpretación de límites.** El Instituto Geográfico Nacional preparará el mapa oficial del distrito creado por esta Ley, de conformidad con los límites establecidos por la Comisión Nacional de División Territorial.

Artículo 5°—**Vigencia.** Rige a partir de su publicación.

Walter Robinson Davis, Diputado

NOTA: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración.

San José, 19 de julio del 2000.—1 vez.—C-18000.—(50959).

N° 14.000

LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS
DE SALUD ESTATALES Y PRIVADOS

Asamblea Legislativa:

La salud es un derecho garantizado en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica. En este campo, Costa Rica se ha mantenido a la vanguardia en el ámbito centroamericano y latinoamericano. Esto ha permitido, que el país se haya destacado, estar dentro de las naciones con más alto índice de desarrollo humano, ocupando el lugar número treinta y seis en salud de un total de 191 países según el último informe de la OMS.

La política nacional de salud la define el Ministerio de Salud, que es el ente rector de la producción social de la salud. Esta definición la realiza por medio de la participación de diferentes actores sociales a partir de la identificación y priorización de necesidades y de la formulación de directrices correspondientes, en absoluta concordancia con las políticas del gobierno.

El derecho a la salud es uno de los principios que se reconocen en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), ratificada por Costa Rica y en otros instrumentos del derecho internacional: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (ONU, 1948), Convención del Consejo de Europa para la Salvaguardia de los Derechos del Hombre (1950), en la Carta Social Europea (1961), Pacto Social de los Derechos Civiles y Políticos (1966) y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

El derecho de los enfermos a ser cuidados tiene prioridad sobre el derecho a la huelga. El respeto por el sufrimiento humano es un principio absoluto que no puede ser violado, ni siquiera en la amargura de las controversias.

La relación con el enfermo tiene unas exigencias que arrancan desde la técnica, pero que no son las únicas, ni las principales. La asistencia a enfermos requiere, sí, como base la preparación técnica adecuada, pero reclama imperiosamente un mayor conocimiento de lo que es el ser humano, su sentido y el respeto que nos merece. Pide esta persona -en su estado de enfermedad- que se le atiende en su cuerpo, pero también que se tenga la competencia para poder asistirle como tal, conociendo sus reacciones y su entorno. Esto nos llevará a una atención individualizada y personal, explicitada en una aceptación, respeto y escucha concretas.

En la enseñanza y ejercicio de la medicina, lo que priva, soberanamente, es la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento y no las máquinas científicas que no sufren de nada. Es corriente observar, cada vez con más frecuencia, cómo el médico se aleja del enfermo en forma involuntaria. El tiempo del interrogatorio se comprime; el tiempo de las entrevistas se encoge; el tiempo del examen físico se acorta; el tiempo de seguimiento se minimiza; no hay tiempo para captar el carácter, temperamento y conflictos del paciente; no hay tiempo para conocer su estilo de vida. Los inconvenientes de estos hechos recaen en toda la población. Primero, una asistencia deficitaria con enfermos que no saben cuál es su médico de cabecera (en sentido estricto carecen de él) con falta de sostén moral y de afecto personal mínimo. Así se recrimina a los médicos de falta de interés humano, de no dar explicaciones, de andar siempre apurados y de encarecer innecesariamente la medicina. Segundo, una clase médica indiferente y fría corre el peligro de una lenta e inexorable deshumanización. Curar a un enfermo no sólo significa prescribirle la droga idónea, también es menester darle tiempo, simpatía, respeto, dedicación; significa darle calor humano.

Actualmente, es insuficiente la legislación que regula los derechos del paciente en los servicios de salud estatales y privados; las disposiciones que regulan estos derechos son determinadas por el Ministerio de Salud o por las Autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social. Si bien es cierto que hemos avanzado notoriamente en salud en este país, la mayoría de las personas que son atendidas ven disminuidos sus derechos al recibir una atención deshumanizada en muchos casos. Aún cuando es obligación del personal a cargo de los servicios de salud atender adecuadamente a los pacientes.

Con respecto al paciente no asegurado, actualmente se procede de modo contrario a lo que debe ser un servicio de salud humanizado. En tal sentido, para que el paciente pueda ser atendido se procede en primer lugar a la verificación de derechos y posteriormente a la atención, cuando debería ser primero atención y posteriormente la verificación de derechos, ya que la enfermedad no espera y requiere generalmente de una atención oportuna y humanizada.

Es imperativo entonces, regular los derechos que la persona tiene y que deben respetar las Instituciones y sus Autoridades, y quienes prestan sus servicios en ellas haciendo de la salud un verdadero derecho para la persona humana. Pero al igual que esta persona tiene derechos, deben conocer sus obligaciones de tal manera que en reciprocidad, puedan responder a los requerimientos que estos centros de atención les soliciten. Dado el interés de la sociedad porque se establezca el respeto por los derechos del paciente y sus obligaciones propongo a los señores y señoras diputados el presente proyecto de ley.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA
DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, DECRETA:
LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS
DE SALUD ESTATALES Y PRIVADOS

Artículo 1°—Esta ley tiene por objeto tutelar los derechos y obligaciones de los pacientes en todos los servicios de salud estatales y privados; curativos preventivos y de rehabilitación, establecidos en el territorio nacional.

Artículo 2°—Se establecen como derechos del paciente los siguientes:

- Facilitar el conocimiento, para que el paciente pueda conocer en forma amplia sus derechos y ejercerlos correcta y oportunamente.
- Recibir un trato correcto sin distinción de raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos o mentales, orientación sexual o fuente de financiamiento.
- Recibir un trato respetuoso y considerado en un ambiente limpio, seguro y libre de restricciones innecesarias.
- Recibir atención médica de emergencia si la necesita.
- Conocer el nombre, apellido y cargo que ocupa el médico del hospital asignado a su caso.
- Conocer los nombres, apellidos, cargos y funciones que desempeñan los miembros del personal de los servicios de salud que participan en la atención médica que recibe en el hospital, así como negarse a que lo examinen o le administren tratamiento.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
AREA ESPECIALIZADA
DE INFORMACION
UNIDAD DE DOCUMENTACION

- g) Recibir toda la información necesaria para que pueda dar, con conocimiento de causa, su autorización para que le administren un determinado procedimiento o tratamiento o bien rechazarlo.
- h) Recibir la información necesaria para dar, con conocimiento de causa, la orden para que le administren reanimación pulmonar. También tiene derecho a nombrar a una persona encargada de dar dicha orden en su nombre si su estado de salud empeora y no está en condiciones de comunicarse.
- i) Negarse a recibir tratamiento y derecho a que le expliquen las consecuencias que su negativa podría tener para su salud.
- j) Participar en estudios de investigación científica. De previo a tomar una decisión se le debe dar una explicación completa de las implicaciones de ésta; sus riesgos y sus beneficios para él y para la sociedad; con fundamento en lo anterior tendrá derecho a negarse o participar.
- k) Exigir que se respeten su vida privada en el hospital y el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad, salvo para el caso de la docencia para lo cual el paciente tiene que expresar su consentimiento.
- l) Participar en todas las decisiones relacionadas con su tratamiento, su duración y su forma.
- m) Consultar su historia clínica sin costo alguno y pedir una copia de la misma.
- n) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos.
- ñ) Quejarse, sin que se tomen represalias, sobre la atención médica y los servicios que recibe y el derecho a recibir una respuesta del hospital por escrito.
- o) Indicar los nombres de los familiares y personas adultas que tendrán prioridad para visitarle, si su estado le permite recibir visitas.
- p) Dar a conocer que órganos desea donar, pudiendo autorizarlo en un poder especial para casos de emergencia médica, o en una tarjeta de donante que puede obtener en el hospital.

Artículo 3°—Son obligaciones del paciente:

- a) Proporcionar hasta donde sus conocimientos se lo permitan, información exacta y completa referente a sus condiciones actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud.
- b) Informar cualquier cambio repentino en su condición a su proveedor del cuidado médico.
- c) Cumplir con las instrucciones del personal de enfermería y del personal clínico, los cuales son responsables de implementar y coordinar las órdenes del médico y las normas y reglas de los servicios de salud.
- d) Informar si está cumpliendo adecuadamente con el plan de cuidado médico que le fue recomendado.
- e) Acudir a sus citas médicas. Si por alguna razón no puede asistir a la cita, notificará a su proveedor del cuidado médico o al personal correspondiente de los servicios de salud.
- f) Será responsable por sus acciones u omisiones, en aquellos casos en que no siga las instrucciones de su proveedor del cuidado médico.
- g) Seguir las normas y reglas del servicio de salud que afectan la conducta y el cuidado del paciente.
- h) Respetar los derechos de otros pacientes y personal de los servicios de salud, especialmente con respecto al ruido, no fumar, y asegurarse que sus visitantes tengan una conducta apropiada.
- i) Que los pagos por el cuidado médico recibido sean efectuados con prontitud.
- j) Cualesquiera otras obligaciones que se establezcan en otras disposiciones legales.

Artículo 4°—El incumplimiento de estas normas legales serán sancionadas con las disposiciones de la Ley General de Salud y el Código Penal.

Artículo 5°—El Poder Ejecutivo reglamentará esta ley en un plazo de noventa días a partir de su publicación.

Rige a partir de su publicación.

Joycelyn Sawyers Royal, Diputada

NOTA: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales.

San José, 19 de julio del 2000.—1 vez.—C-40850.—(50960).

N° 14.030

ADICIÓN DE UN PÁRRAFO FINAL AL ARTÍCULO 37
DE LA LEY NACIONAL DE EMERGENCIAS, N° 7914
Y MODIFICACIÓN DE SU TRANSITORIO I

Asamblea Legislativa:

Recientemente se publicó la Ley Nacional de Emergencias N° 7914, la cual dota de mecanismos legales a la Administración Pública, para que atienda de manera eficaz las situaciones de emergencia que se puedan presentar. Dicha ley contempla también la financiación, para brindar atención ante situaciones de emergencia o peligro inminente; no obstante, no existe celeridad suficiente en cuanto a la dotación de recursos por parte de las instituciones autónomas, las instituciones del Poder Ejecutivo y empresas estatales, ya que estas se ven afectadas por los parámetros establecidos para calcular el límite de gasto.

La dotación de recursos en forma expedita por parte de esas instituciones o empresas, va en detrimento de atender ágilmente las emergencias o situaciones de peligro inminente.

Dado lo anterior, someto a la consideración de las señoras y los señores diputados el siguiente proyecto de ley.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA
DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, DECRETA:

ADICIÓN DE UN PÁRRAFO FINAL AL ARTÍCULO 37
DE LA LEY NACIONAL DE EMERGENCIAS, N° 7914
Y MODIFICACIÓN DE SU TRANSITORIO I

Artículo 1°—Adiciónase al artículo 37 de la Ley Nacional de Emergencias, N° 7914, de 13 de octubre de 1999, un párrafo final, cuyo texto dirá:

“Artículo 37.—Contribución de instituciones.

(...)

A los efectos, no se considerarán dentro de los parámetros establecidos para calcular el límite de gasto, los recursos destinados a atender situaciones de emergencia o peligro inminente, que hayan sido trasladados por las instituciones del Poder Ejecutivo, las autónomas y las empresas del Estado.”

Artículo 2°—Modificase el Transitorio I, cuyo texto dirá:

“Transitorio I.—Durante los primeros cinco años a partir de la entrada en vigencia de esta ley, se dispondrá de un tres por ciento (3%) de los superávits presupuestarios o las ganancias de las instituciones del Poder Ejecutivo, las autónomas y las empresas del Estado. El monto antes señalado no se considerará dentro de los límites del gasto establecidos para las instituciones del Poder Ejecutivo, las autónomas y las empresas del Estado. El monto por este concepto será ingresado al Fondo Nacional de Emergencias.”

Rige a partir de su publicación.

Wálter Céspedes Salazar, Diputado.

NOTA: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración.

San José, 3 de julio del 2000.—1 vez.—C-10450.—(50962).

PODER EJECUTIVO

DECRETOS

N° 28833-MOPT

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Y EL MINISTRO DE OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES

En el ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 140 incisos 3) y 18) de la Constitución Política, con fundamento en lo establecido por la Ley de Creación del Ministerio de Obras Públicas y Transportes N° 4786 del 5 de julio de 1971, Ley de Administración Vial, N° 6324 del 24 de mayo de 1979 y sus reformas, Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres, N° 7331 del 13 de abril de 1993, Ley Reguladora del Transporte Remunerado de Personas en vehículos automotores, N° 3503 del 10 de mayo de 1965 y sus reformas, Ley Reguladora del Servicio Público de Transporte Remunerado de Personas en Vehículos de la Modalidad de Taxi, N° 7969 del 22 de diciembre de 1999, Ley Reguladora de los Servicios Públicos, N° 7593 del 9 de agosto de 1996 y en apego a las competencias establecidas por la Ley General de La Administración Pública, N° 6227 del mes de mayo de 1978,

Considerando:

1°—Que el transporte remunerado de pasajeros es un servicio público de interés social, de obligatorio e irrenunciable control, regulación y vigilancia por parte del Consejo de Transporte Público, de conformidad con la Ley Reguladora del Transporte Remunerado de Personas en Vehículos Automotores, N° 3503.

2°—Que es deber de la Administración Pública velar por la eficiencia y calidad de la prestación de los servicios públicos que por imperio de ley puedan ser concedidos a particulares para su ejecución, en aras de la prosecución de la satisfacción de los intereses generales de las comunidades usuarias.

3°—Que mediante decreto ejecutivo N° 28337-MOPT, publicado en el Diario Oficial *La Gaceta* N° 1 del lunes 3 de enero del 2000, “Reglamento sobre políticas y estrategias para la modernización del transporte colectivo remunerado de personas por autobuses urbanos para el área metropolitana de San José y zonas aledañas que la afecta directa o indirectamente”, en su numeral 37 se estableció que el MOPT impulsará la puesta en vigencia de un modelo de calidad de servicio para el transporte colectivo que elaboró en conjunto con la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP), la Defensoría de los Habitantes y el Proyecto MOPT/GTZ; con el propósito de velar por la calidad en la prestación del servicio de transporte por autobús.

4°—Que de conformidad con el numeral 6 de la Ley Reguladora del servicio público de transporte remunerado de personas en vehículos en la modalidad taxi, N° 7969 publicada en *La Gaceta* N° 20 del viernes 28 de enero del 2000, corresponde al Consejo de Transporte Público la definición de políticas y ejecución de planes y programas nacionales